洛杉矶县心理健康局
服务同意书

服务

洛杉矶县心理健康局(LACDMH)为需要专家诊治的精神病患者或情绪问题患者提供**专业心理健康服务**(SMHS)。这些疾病或问题严重到足以阻碍人们开展日常活动的能力。专业心理健康服务可包括心理测试、心理治疗/咨询、康复服务、药物治疗、病例管理、实验室测试、诊断程序和其他适当的服务。有关这些服务的更多信息，请参阅**《洛杉矶县专业心理健康服务受益人手册》(County of Los Angeles Beneficiary Handbook for Specialty Mental Health Services)**：https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/。您可以随时索取该手册的副本。

在洛杉矶县心理健康局系统内向客户提供的所有专业心理健康服务，将由同一个机构的工作人员进行协调。如果这有利于客户的治疗，则可在不同地点提供服务。如需查找洛杉矶县境内由洛杉矶县心理健康局直接运营和签约的服务提供者站点，请参考**《洛杉矶县心理健康局服务提供者名录》**：https://dmh.lacounty.gov/pd/。

服务交付

在提供专业心理健康服务时，洛杉矶县心理健康局运用**远程医疗 (Telehealth)**、**电话 (Telephone)**、**安全短信 (Secure Text Messaging)** 和**安全电子邮件 (Secure Email)** 来最有效地满足我们客户的需求。工作人员除了与客户当面沟通外，还可以通过远程医疗（通过视频和语音通信）和电话（仅通过语音通信）等方式更便捷地获得我们的承保服务。客户可通过远程医疗或电话与心理健康工作人员交谈，并在其所在地即可参与心理健康服务。安全短信和安全电子邮件是我们工作人员快速高效地与客户沟通服务事项的附加方式。安全短信由经过洛杉矶县心理健康局批准的应用程序发送，安全短信共享的信息将仅限用于预约和治疗提醒。工作人员不会将安全短信用于诊断或治疗目的。任何时候如果客户的当前联系信息有变更，则客户必须将变更告知其心理健康服务提供者。有关远程医疗、电话、安全短信和安全电子邮件的更多信息，请参阅以下常见问题 (FAQ) 页面。

无论客户是否选择到诊所现场问诊与否，他/她也有权选择以远距医疗或电话方式接受服务。在其他可用资源已合理用尽的情况下，Medi-Cal（加州医保）计划涵盖了现场问诊的交通工具服务费用。如需查看有关获得交通工具的信息，请咨询您参与的管理式医疗计划 (Managed Care Plan)的会员服务部门或访问：https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Transportation.aspx。

未成年人签署同意书的能力

对于未成年人（例如 18 岁以下的客户），通常由他们的法定监护人代表孩子签署服务同意书。然而，在有些情况下，未成年人（年满 12 岁）有资格同意适用于自己的服务。如果临床上确定适宜，医生将填写**未成年人同意书 (Consent for Minor) 的内容**，以确定该未成年人是否已足够成熟，并能够参与服务且同意接受服务。未成年人不得同意服用精神类药物。除了同意接受适用其个人的专业心理健康服务外，如果未成年人想要脱离其法定监护人的 Medi-Cal 并办理自己的 Medi-Cal（这种做法可能导致其法定监护人不知道他们的治疗情况），他们必须与公共社会服务局 (DPSS) 合作，登记参加 **Medi-Cal 未成年人同意 (Minor Consent Medi-Cal) 计划**或**敏感服务(Sensitive Services)**。有关此计划的更多信息，请访问：https://dpss.lacounty.gov/en/health/teens.html。

《成年受益人医疗保健预先指示》

所有年满 18 岁的 Medi-Cal 受益人都有权自行作出医疗决定，除非他们是法定监护被保护人士，或授权合法监护人为其作医疗决定。**《医疗保健预先指示》(Advanced Health Care Directive)** 是一份法律文件，允许个人在将来无法做出医疗保健决定时提前声明自己的意愿。所有《医疗保健预先指示》信息将保留在客户的临床记录中。有关《医疗保健预先指示》以及如何执行的更多信息，请参阅以下的常见问题部分。

Open Payments（公开支付款项）数据库

《联邦医生支付阳光法案》(Physician Payments Sunshine Act) 要求，药品、医疗设备和生物制剂的制造商支付给医生的超过 10 美元的详细信息必须向公众公开。Open Payments（公开支付款项）数据库是一个联邦工具，用于搜索药品和设备公司向医生和教学医院支付的款项。可通过此链接查看 Open Payments（公开支付款项）数据库：http://openpaymentsdata.cms.gov。

临床实践指南

心理健康局制定并采用根据有效可靠的临床证据和/或心理健康服务提供者共识的临床诊疗参数。临床诊疗参数会定期审查和更新。您可以在 https://secure2.compliancebridge.com/lacdmh/public/index.php?fuseaction=app.main&msg= 查阅 DMH 临床诊疗参数，或者请询问您的心理健康服务提供者。

MyHealthPointe

MyHealthPointe 是一个在线客户门户网站，可让您轻松、安全地查看自己的在线心理健康记录。欲了解更多信息，请访问我们的网站：https://dmh.lacounty.gov/client-portal/。

同意洛杉矶县心理健康局的服务，即表示您理解：

1. 您有权了解并参与选择**《洛杉矶县专业心理健康服务受益人手册》**所描述的任何专业心理健康服务 。
2. 您有权接受这些服务，而无需接受洛杉矶县心理健康局系统的其他服务。
3. 所有服务都是自愿的，包括使用远程医疗、电话、安全电子邮件和（或）安全短信，而且您有权请求更改服务提供者（代理或工作人员）。
4. 您可以选择在任何时间（包括就诊中的任何时间）拒绝或撤销对任何服务、服务模式或沟通方式的同意，而不会影响未来接受医护、治疗的权利，或让您原本有权享受的任何计划福利面临落空或撤销的风险。在任何节点，如果提供服务和（或）沟通的方式被认定为不是最合适，则心理健康工作人员也可以撤回使用特定服务模式或沟通方式的资格。
5. 依据职员雇佣条件规定，所有洛杉矶县心理健康局的员工每年都要签署保密誓言，禁止共享客户信息，除非这符合联邦、州及部门的保密法律、政策和程序。

6. 如果工作人员认为向其披露的任何信息对治疗很重要，会将其记录在临床记录中，以确保参与治疗的工作人员在决定适合您的需求和护理质量的治疗时，能够获得有关您的最完整信息。

7. 您的人口和临床信息将录入洛杉矶县心理健康局的电子健康记录系统，并可能酌情提供给洛杉矶县心理健康局的工作人员以及其他参与您治疗的授权人员。有关详细信息，请参阅《洛杉矶县卫生机构隐私惯例通知》(Los Angeles County Health Agency Notice of Privacy Practices)。
8. 远程医疗和电话服务的潜在风险包括因所使用的设备出现部分或整体故障，而可能导致心理健康工作人员暂时无法提供心理健康服务。
9. 通过同意使用安全电子邮件和（或）安全短信，即表示您同意洛杉矶县心理健康局的工作人员通过安全短信和安全电子邮件向您发送有关您的心理健康状况和护理的信息。
10. 安全电子邮件和安全短信绝不会用于急迫或紧急情况和（或）诊断目的。您应与服务提供者讨论如何在正常工作时间后，或在突发或紧急情况下最快联系到他们的方式。通过安全电子邮件或安全短信进行评估的任何请求将不会被处理。

当使用**远程医疗、电话、安全电子邮件和（或）安全短信**时，个人设备的技术问题是您要考虑的因素。予以同意表示您理解以下内容：

1. 如果因安装经洛杉矶县心理健康局批准的远程医疗/安全短信/安全电子邮件等应用程序而导致您的设备出现任何冲突，故障或损坏，洛杉矶县心理健康局对此概不负责。
2. 您对设备和应用程序的处理，操作和维护负有全部责任。如果您的设备遭受破坏，丢失或被盗而导致信息泄露（包括但不限于设备上的受保护健康信息(PHI)），洛杉矶县心理健康局对此概不负责。
3. 除非您和您的医生明确同意，否则洛杉矶县心理健康局会采用以上沟通方式（包括电话和远程医疗会话）。
4. 未经您的同意，洛杉矶县心理健康局不会将您的个人可识别图像或远程医疗交互信息共享给研究人员或其他机构。
5. 从发送安全短信和（或）安全电子邮件至您的治疗服务提供者处变为已读和（或）回复状态期间，中间可能会有延迟。您不知道短信/电子邮件中的信息是否已阅，而且洛杉矶县心理健康局也无法预测您何时会收到回复。
6. 由洛杉矶县心理健康局批准的安全短信和安全电子邮件是洛杉矶县心理健康局工作人员发送和接收文本信息的唯一做法。
7. 当您将个人设备用于远程医疗，电话和安全短信时，您需要承担与此相关的任何数据使用或短信发送费用。
8. 通过安全短信和安全电子邮件发送的信息可帮助心理健康工作人员提供治疗和排期。
9. 虽然电子邮件和短信的发送是安全的，但风险可能仍然存在。例如，将发送给您的电子邮件或短信无意中发送给错误的电子邮件地址或电话号码。

洛杉矶县心理健康局
服务同意书

本人，_____，特此同意接受由**洛杉矶县心理健康局**提供的心理健康服务。

我已阅读本同意书中提供的信息。我有机会就这些信息提出问题，而且我的所有问题都得到了回答。我理解所提供的书面信息。

我同意使用远程医疗服务 同意 ☐ 不同意 ☐

我同意使用电话服务 同意 ☐ 不同意 ☐

我同意使用安全短信进行沟通 同意 ☐ 不同意 ☐

我同意使用安全电子邮件进行沟通 同意 ☐ 不同意 ☐

用于远程医疗和（或）安全电子邮件的电子邮件地址： _____

用于电话和/或安全短信的电话号码： _____

我已知悉《医疗保健预先指示》 的相关信息 是 ☐ 否 ☐

我目前已有一份《医疗保健预先指示》 是 ☐ 否 ☐
如果回答是，请提供一份副本，以便我们保留在您的临床记录中

_____ 客户签名 _____ 日期

_____ 成年责任人签名* _____ 与客户关系 _____ 日期

*成年责任人=监护人、保护人或未成年人的父母（如需要）。

本保密信息依据州和联邦法律法规向您提供，包括但不限于依据适用的《福利和机构守则》、《民法典》和《HIPAA（健康保险隐私及责任法案）隐私规范》。除非法律许可，否则未经患者/相关授权代表事先书面授权，不得复制本信息再行披露。当初始要求确立的目的达到之后，需将本信息销毁。	**名称：** _____ **心理健康局(DMH) ID#：** _____ **机构：** _____ **服务提供者 #：** _____ 洛杉矶县 — 心理健康局

洛杉矶县心理健康局
服务同意书

此页由工作人员填写

Signator ☐ was given ☐ declined a copy of this Consent on _____ by _____.
Date Initials

☐ This Consent was interpreted in _____for the client and/or responsible adult.
If a translated version of this Consent was signed by the client and/or responsible adult, the translated version must be attached to the English version.

☐ Client and/or Responsible Adult is unavailable/unable to sign. Verbal/implied consent was provided on _____
Date

☐ Client is a minor and signed above without parental/guardian consent, and I have verified minor is eligible to sign as well as their signature (see Consent for Minor section below).

If yes, is client enrolled in **Minor Consent Medi-Cal**? ☐ Yes ☐ No
Note: *If client does have Minor Consent Medi-Cal, all services must be claimed using Non-Billable to Medi-Cal procedure codes.*

☐ A court order/minute order has been obtained and consenting on their own or someone on their behalf is not an option. I have provided the first page of the Consent for Services as well as the FAQs to the Client and/or Responsible Adult

_____ _____
Signature of Staff/Work Force Member Date

Consent For Minor: Please select the appropriate section(s) about the minor:

☐ **EMANCIPATED:** This minor has been declared emancipated from his/her parent/guardian by the courts and has been issued an identification card by the Department of Motor Vehicles (Cal Fam Code 7120). A copy of the identification card must be filed with this form.

☐ **ACTIVE DUTY WITH ARMED FORCES:** This minor must be currently serving in the US Armed Forces. A copy of his/her military ID must be filed with this form (Cal Fam Code 7002).

☐ **MARRIED:** This minor is or has been married (Cal Fam Code 7002). A copy of the marriage certificate must be filed with this form.

☐ **SELF-SUFFICIENT:** This minor is self-sufficient as exhibited by being able to declare all of the following (Cal Fam Code 6922).

- I am 15 years of age or older, having been born on _____ (birthdate).
- I am living at the address given on admission for services which is apart from the home/residence of my parents or legal guardian.
- I am managing my own financial affairs indicated by the financial information provided by me on admission for services.
- I understand that I am financially responsible for the charges for my mental health services and I may not disaffirm this consent because I am a minor.

The below options must be verified/selected by an Authorized Mental Health Discipline (AMHD).

☐ **REQUEST FOR MENTAL HEALTH SERVICES:** This minor is mature enough to participate in mental health treatment. I certify that each of the below 3 criteria are met. (Cal Fam Code 6924)

1. The client is 12 or older and mature enough to participate intelligently in the services provided.
2. The minor was consulted regarding parent/guardian's involvement on _____. The client's parent(s)/guardian(s):
(date)
   ☐ Were contacted on _____ by _____
   (date)
   ☐ Were **NOT** contacted because _____
3. The client's parent(s)/guardian(s): ☐ Are currently involved in the services provided
   ☐ Do not want or are unwilling to participate in the treatment ☐ Are not appropriate to participation in the services provided

Note: The client WILL NOT be prescribed psychotropic medications without legal guardian or court consent.

_____ _____
AMHD Signature and Discipline Date

MH 500
2024 年 7 月 1 日

洛杉矶县心理健康局
服务同意书

常见问题 (FAQ)
远程医疗、电话、安全短信和安全电子邮件

远程医疗/电话服务与心理健康工作人员的面对面会话有何不同？
除了客户和洛杉矶县心理健康局不在同一实际地点面对面交流之外，其他方面大致相同。医生能够提供适当的专业心理健康服务，记录临床信息和提供的服务，并确保文档存入客户的临床记录中以供将来参考。

远程医疗与电话服务之间有何区别？
远程医疗服务会结合使用视频电话会议和语音，因此，即使双方位于不同的实际地点，医生和客户也可以看到对方并进行交流。电话服务即通过使用电话，使医生和客户也可以相互沟通，但没有可视功能。通过远程医疗及电话服务，医生会继续向客户提供专业心理健康服务(SMHS)，并提供存入客户临床纪录的文档，以供日后参考。

如果我选择不同意使用远程医疗和（或）电话服务，会发生什么情况？
如果您选择不同意远程医疗和（或）电话服务，洛杉矶县心理健康局在提供服务时将不会使用这些方法，而只会提供面对面的服务。此外，选择不同意远程医疗和（或）电话不会影响您接受所涵盖的任何专业心理健康服务的权益。电话将仍然用于沟通目的。

什么是安全电子邮件？
安全电子邮件使客户与洛杉矶县心理健康局的员工轻松且安全地进行沟通，从而确保客户的任何潜在敏感信息保持安全。为了保护客户的受保护健康信息(PHI)，安全电子邮件将经过加密处理，因此除电子邮件的设定收件人之外，任何人都不可读取信息。

发送任何包含客户的受保护健康信息(PHI)的电子邮件都必须受到安全保护。根据《健康保险隐私及责任法案》(HIPAA)，电子邮件安全和隐私法规是确保客户隐私和机密性的必要条件。

安全电子邮件是什么格式，以及是如何读取的？
发送安全电子邮件后，收件人将收到以下文件：

1. 通知类型的邮件消息：通知消息说明某人已以注册信封 (Registered Envelope) 的形式发送了一则安全加密的消息。该通知还包括与注册信封和思科注册信封服务 (Cisco Registered Envelope Service) 的信息有关的链接。

2. 加密的消息文件附件：通知消息包括命名为“securedoc.html”的加密消息文件附件，其中包括注册信封和加密内容。如需查看注册信件，必须将文件附件保存到本地磁盘。一旦打开附件，收件人即可自行注册并创建一个账户，借此不仅允许收件人读取加密邮件，还能以安全和加密的格式发送或回复邮件。有关如何使用安全电子邮件访问，阅读或回复的完整说明，请参阅以下链接：http://file.lacounty.gov/dmh/cms1_180460.pdf。

洛杉矶县心理健康局
服务同意书

如果我不同意使用安全电子邮件，会怎么样？
如果您不同意使用电子邮件，洛杉矶县心理健康局的工作人员就不会采纳这种沟通模式，既不会向您发送电子邮件，也不会提供他们的电子邮件地址给您。如果您向洛杉矶县心理健康局工作人员发送电子邮件，员工将通过其他沟通方式（例如电话或寄信的方式）回复您。

什么是安全短信？
安全短信是指，通过使用洛杉矶县心理健康局 (DMH) 批准的短信聊天应用程序，允许洛杉矶县心理健康局授权提供方安全地发送和接收加密的短信消息和图片。该方法安全且已加密，并遵循与受保护健康信息(PHI)的保护/安全条款有关的所有法律。

如果我不同意使用洛杉矶县心理健康局的安全短信聊天应用程序，会怎么样？
如果您不同意使用洛杉矶县心理健康局批准的安全短信聊天应用程序，洛杉矶县心理健康局的工作人员将不会发送短信给您，或使用短信作为沟通的方式。如果您发短信给洛杉矶县心理健康局的工作人员，后者将采用其他沟通方式（例如电话或安全邮件）回复您。

我是否可以享受非医疗交通工具福利？
非医疗交通服务向所有享有全面 Medi-Cal 的客户和孕妇提供，包括到产后第 365 天的当月月底。客户需要向服务提供者口头或书面证明他们无法解决交通需求，并且所有其他现有资源已合理用尽。需要非医疗交通工具福利的原因可能是以下任何一项：

- 没有合法驾照。
- 家中无可用车辆。
- 无法单独出行或等待 Medi-Cal 所含服务。
- 有身体、认知、心理或发育方面的限制。
- 没钱加油，导致无法前去就诊。

《医疗保健预先指示》
常见问题(FAQ)

什么是《医疗保健预先指示》(Advance Health Care Directive)？
《医疗保健预先指示》是一份法律文件，允许个人在将来无法做出医疗保健决定时预先声明自己的意愿。在加州，该《预先指示》由两部分组成：(1) 指定医疗保健代理人；(2) 提供个人医疗保健指南。

《医疗保健预先指示》可为精神障碍患者做些什么？

- 它允许您现在做出治疗选择，以应对之后有关心理健康治疗的需求。您可以告诉您的医生、机构、服务提供者及诊疗中心，并判断您想要及不想要的治疗类型。
- 如果您自己无法做决定，您可以选择朋友或家人做心理健康决定。
- 它可以改善您和医生之间的沟通效率。
- 它还可能减少长期住院的需要。
- 它将包含在您的病历中。

MH 500
2024 年 7 月 1 日

洛杉矶县心理健康局
服务同意书

谁可以填写《医疗保健预先指示》？
年满 18 岁且有“行为能力”作医疗保健决定的任何人。“行为能力”是指该人员了解所建议的医疗保健的性质和后果，包括风险和益处。

《医疗保健预先指示》何时生效？
当主治医生决定患者没有“行为能力”作出自己的医疗保健决定时，《医疗保健预先指示》将生效。这意味着，该患者无法理解所建议的医疗保健的性质和后果。住进精神诊疗机构并不意味着此人缺乏“行为能力”。

《医疗保健预先指示》的有效期为多久？
在加州，《医疗保健预先指示》永久有效。只要您有“行为能力”作出决定，您就可以随时改变主意。最好每年查看一次您的《医疗保健预先指示》，以确保您的愿望得到表达。

我是否必须具有《医疗保健预先指示》？
不是。这只是您具有行为能力的情况下表达您愿望的书面形式。您的选择非常重要。

我能从哪里获得有关《医疗保健预先指示》的法律建议？
- 您的律师
- Protection and Advocacy, Inc.

我可以在哪里获得《医疗保健预先指示》的表格？
- 您的律师处
- 文具店
- 互联网

谁应该持有《医疗保健预先指示》的副本？
- 您本人（您的《医疗保健预先指示》应保存在安全且容易拿到的地方。）
- 您的代理人（如果您无法做出医疗决定，则指定其替您做出医疗决定的人员。）
- 您的每一位医疗服务提供者
- 您的每一位心理健康服务提供者

如果您对文档进行了更改，请务必跟进是谁持有您的《医疗保健预先指示》副本。

如未遵循《预先医疗保健指令》，我应向谁投诉？
如有针对不遵循《预先医疗保健指令》要求的相关投诉，可提交至加州卫生服务署 (DHS) 的许可和认证司 (Licensing and Certification)，投诉方式为致电 1-800-236-9747，或邮寄至 P.O.Box 997413, Sacramento, California 95899-7413。